

Nieuwsbrief GZR Updates - Nummer 16, 2017

Nummer 16, 2017

Redactie: mr. dr. R.P. Wijne, mr. L. Beij, mr. drs. R.M. Bertens, mr. J.W. Bosman, mr. M. Christe, mr. A.C. de Die, mr. M.A. Goldschmidt, mr. J.F. Groen, mr. N.A.D. Groot, mr. I.W. Hanemaaijer, mr. M.M. Hofstee, mr. A. Jagt, mr. J.M. Janson, mr. drs. C. van der Kolk, mr. X.R. van der Kruk-Ras, mr. I.J. de Laat, mr. E. Lam, mr. M. Martin, mr. A.M. De Nijs, mr. C. Pluijgers, mr. T.R. Riemersma, mr. A. Rube, mr. D. Schuurman, mr. S. Snelder, mr. C. Velink, mr. C.W.M. Verberne, mr. H.B.M. Vrieling, mr. J.M. de Vries, mr. D. van der Wal en mr. K.S. Waldron.

INHOUDSOPGAVE

Hoge Raad

[Hoge Raad, ECLI:NL:HR:2017:2226](#) 01-09-2017

X/Y

Hof

[Gerechtshof Den Haag, ECLI:NL:GHDHA:2017:2539](#) 04-09-2017

X/Y

Rechtbank

[Rechtbank Amsterdam, ECLI:NL:RBAMS:2017:6400](#) 01-09-2017

patiënt/optometrist

[Rechtbank Midden-Nederland, ECLI:NL:RBMNE:2017:4172](#) 16-08-2017

ouders/ziekenhuis X

[Rechtbank Midden-Nederland, ECLI:NL:RBMNE:2017:4286](#) 27-07-2017

X/Y

[Rechtbank Den Haag, ECLI:NL:RBDHA:2017:9449](#) 19-07-2017

Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging en Artsenvereniging Voor Integrale Geneeskunde/Staat der Nederlanden

[Rechtbank Den Haag, ECLI:NL:RBDHA:2017:7496](#) 07-07-2017

X/Y

Raad van State

[Raad van State, ECLI:NL:RVS:2017:2232](#) 23-08-2017

X/Y

Tuchtcolleges

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam,](#)

[ECLI:NL:TGZRAMS:2017:103](#) 05-09-2017

X/Y

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2017:239](#) 15-08-2017

X/Y

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle,](#)

[ECLI:NL:TGZRZWO:2017:142](#) 15-08-2017

X/Y

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2017:222](#) 25-07-2017

Uitspraken zonder ECLI

[Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden](#) 08-08-2017

X/Y

Bij deze uitspraak ontbreekt de ECLI

Annotatie

[Huisarts moet voorafgaand aan het ochtendspreekuur kennisnemen van HAP-berichten.](#)

prof. mr. A.C. Hendriks

RECHTSPRAAK

X/Y

In deze zaak verzoekt de officier van justitie tot cassatie omdat hij van mening is dat de rechtbank onterecht heeft geoordeeld dat de betrokkene had moeten worden onderzocht door een psychiater en niet alleen door een arts verstandelijk gehandicapten (art. 1 lid 6 Wet Bopz). De Hoge Raad oordeelt dat, indien er sprake is van problematiek die niet alleen ziet op de verstandelijke handicap, maar ook het deskundigheidsgebied van een psychiater bestrijkt, niet kan worden volstaan met een enkele geneeskundige verklaring van een arts verstandelijk gehandicapten.

Feiten

De officier van justitie heeft op 28 oktober 2016 de rechtbank een machtiging tot voortgezet verblijf van de betrokkene verzocht. Betrokkene verbleef op dat moment al op grond van een rechterlijke machtiging in een zwakzinnigeninrichting. Bij het verzoekschrift is een geneeskundige verklaring van 19 oktober 2016 gevoegd die getekend is door de arts verstandelijk gehandicapten als geneesheer-directeur van de inrichting, terwijl het onderzoek op 19 oktober 2016 is gedaan door een andere arts verstandelijk gehandicapten. Daarop wordt schizofrenie als belangrijkste diagnose vermeld. Later heeft de officier van justitie een 'verbeterde' geneeskundige verklaring ingediend, ditmaal met als belangrijkste diagnose 'verstandelijke beperking'. Per abuis was eerder niet de juiste diagnose aangekruist. Betrokkene is wel behandeld voor zijn schizofrenie en gestabiliseerd en daarna geplaatst op een andere locatie, omdat de behandeling aldaar beter paste bij zijn verstandelijke beperking.

Oordeel rechtbank

De rechtbank wijst het verzoek af. Op grond van artikel 1 lid 6 Wet Bopz is een 'arts verstandelijk gehandicapten' gelijkgesteld met een 'psychiater' voor zover het de opname en behandeling van een verstandelijk gehandicapte betreft. Is er echter (ook) sprake van een psychiatrische stoornis, dan dient de geneeskundige verklaring te worden opgesteld door een

psychiater. In casu is daarvan sprake: het gaat wel om een verstandelijk gehandicapte, maar de betrokkene heeft te maken met psychiatrische problematiek. De voorafgaande machtigingen zijn verleend om de schizofrenie te kunnen behandelen en ook in de huidige geneeskundige verklaring wordt gesproken van een dubbele diagnose en het verband tussen de schizofrenie en het gevaar.

De klacht luidt dat de rechtbank ten onrechte heeft geoordeeld dat de betrokkene (voor het psychiatrische deel van zijn problematiek) had moeten worden onderzocht door een psychiater en niet uitsluitend door een arts verstandelijk gehandicapten. De wetgever heeft in artikel 1 lid 6 Wet Bopz een arts verstandelijk gehandicapten onvoorwaardelijk gelijk willen stellen met een psychiater als het gaat om opname en behandeling van een verstandelijk gehandicapte. De wetgever heeft het daarmee tevens aan het oordeel van deze arts overgelaten of het nodig was om een psychiater te raadplegen, aldus de klacht.

Oordeel Hoge Raad

De Hoge Raad geeft de rechtbank gelijk. Uit de totstandkomingsgeschiedenis van de wet blijkt dat uit artikel 1 lid 6 Wet Bopz niet kan worden geconcludeerd dat in een machtiging tot voortgezet verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis kan worden volstaan met een verklaring van een arts verstandelijk gehandicapten indien de diagnose niet is beperkt tot het 'eigen deskundigheidsterrein' van die arts, maar ook het deskundigheidsterrein van een psychiater bestrijkt. In dat geval is ook een verklaring van een psychiater nodig. Hetzelfde geldt voor het onderhavige geval. De problematiek van de betrokkene behelst niet louter zijn verstandelijke handicap. De rechtbank heeft daarom juist geoordeeld. Het beroep van de officier van justitie wordt verworpen.

mr. M.T. Schagen

Instantie: Hoge Raad

Datum uitspraak: 01-09-2017

ECLI: ECLI:NL:HR:2017:2226

Zaaknummer: 17/01351

Advocaten: M.M. van Asperen en M.E. Bruning

Wetsartikelen: 1 lid 6 Wet Bopz en 1 lid 1 onder h Wet Bopz

RECHTSPRAAK

patiënt/optometrist

Een patiënt laat zijn ogen laseren bij een arts in Turkije. Zeven jaar later is hij bijziend en is er weefselingroei aan het linkeroog. De patiënt stelt niet de behandelend arts maar de optometrist aansprakelijk die hem bemiddelde en begeleidde bij de behandeling in Turkije. Volgens de rechtbank bestond er tussen de patiënt en de optometrist wel een geneeskundige behandelingsovereenkomst, maar is de optometrist niet tekortgeschoten.

Feiten

Een patiënt laat zich door een optometrist bemiddelen en begeleiden bij het uitvoeren van een oogcorrectie door een refractiechirurg in Turkije. De patiënt ondertekent een overeenkomst met zowel het Turkse ziekenhuis als met de Nederlandse optometrist, alsook ondertekent de patiënt een informed consent- formulier van zowel het ziekenhuis als de optometrist.

De operatie vindt plaats in februari 2009, een herbehandeling in februari 2010, beide in Turkije.

In 2015 raadpleegt de patiënt twee verschillende Nederlandse oogartsen, waaruit naar voren komt dat hij nog immer bijziend is, dat een nieuwe laserbehandeling medisch gezien niet mogelijk is en dat er sprake is van weefselingroei in het linkeroog.

In december 2016 stelt de patiënt de optometrist aansprakelijk omdat deze volgens hem beschouwd moet worden als medeverantwoordelijk en toerekenbaar tekortgeschoten is omdat het resultaat van de operatie in strijd is met de kernverplichting van de operatie: het opheffen van de bijziendheid. Subsidiar stelt de patiënt dat de Turkse chirurg hulppersoon in de zin van artikel 6:76 BW is van de optometrist.

De patiënt vordert het bedrag dat hij aan de optometrist betaalde van € 1699 alsmede € 600 smartengeld vanwege blijvende afhankelijkheid van een bril of lenzen.

De optometrist betwist dat hij tekort is geschoten en stelt dat er niet een geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen hem en de patiënt is gesloten, maar een overeenkomst van opdracht dan wel een bemiddelingsovereenkomst, dat de patiënt zich niet heeft gehouden aan de nacontroles waardoor de garantie is vervallen en dat er geen contra-indicaties zijn voor een herbehandeling.

Oordeel

Naar het oordeel van de kantonrechter is in de eerste plaats een geneeskundige behandelingsovereenkomst in de zin van artikel 7:446 BW tot stand gekomen, zijnde een bijzondere overeenkomst van opdracht, hoewel tevens sprake is van een bemiddelingsovereenkomst. Vaststaat dat de optometrist onderzoek aan de ogen van de patiënt heeft gedaan, oogmetingen heeft verricht, hem naar aanleiding daarvan de laserbehandeling heeft geadviseerd, en hem in zijn hoedanigheid van optometrist begeleid heeft in Turkije. Deze handelingen zijn te beschouwen als handelingen op het gebied van de geneeskunst in de zin van artikel 7:446 lid 2 BW, aldus de kantonrechter. Dit betekent dat de optometrist de zorg van een goed hulpverlener in acht diende te nemen en diende te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de voor de hem, als optometrist, geldende professionele standaard, zoals bepaald in artikel 7:453 BW. De rechtbank omschrijft vervolgens de kerntaken van een optometrist en stelt vast dat de patiënt niet heeft gesteld dat de optometrist in die taken is tekortgeschoten, noch dat daarvan is gebleken.

De optometrist is ook niet tekortgeschoten in het verstrekken van informatie over de gevaren van een ooglaserbehandeling. In alle overgelegde stukken wordt nadrukkelijk gewezen op mogelijke complicaties van de behandeling.

Vaststaat dat de patiënt ook een geneeskundige behandelingsovereenkomst met de Turkse chirurg heeft gesloten. Als de patiënt van mening is dat die chirurg tekort is geschoten, dan dient hij hem aan te spreken, ook al is dat in Turkije. Daar de patiënt rechtstreeks met de Turkse chirurg contracteerde, is deze chirurg niet aan te merken als hulppersoon van de optometrist in de zin van artikel 6:76 BW en is de optometrist niet aansprakelijk voor diens gedragingen.

Nu de kantonrechter van oordeel is dat de patiënt zijn stelling dat de optometrist tekortgeschoten is in de nakoming van zijn verplichtingen uit de tussen partijen bestaande overeenkomst(en) onvoldoende heeft onderbouwd, komt de kantonrechter niet toe aan de beoordeling van de vraag of er causaal verband bestaat tussen de refractiebehandeling(en) en de door de patiënt gestelde schade.

De slotsom is dat de vordering van de patiënt wordt afgewezen en dat hij wordt veroordeeld in de proceskosten.

mr. dr. R.P. Wijne

Instantie: Rechtbank Amsterdam

Datum uitspraak: 01-09-2017

ECLI: ECLI:NL:RBAMS:2017:6400

Zaaknummer: 5807429 CV EXPL 17-6586

Advocaten: G. Tuenter en J.F. van Baarsen

Wetsartikelen: 7:446 BW, 7:453 BW, 7:400 BW en 6:76 BW

RECHTSPRAAK

X/Y

In deze zaak is komen vast te staan dat verzoekster ten onrechte opgenomen is geweest op de gesloten afdeling van een psychiatrische inrichting voor een periode van ruim vier maanden. Er is onvoldoende aangetoond dat er sprake was van een stoornis van de geestvermogens als bedoeld in artikel 2 Wet Bopz. Een verzoek tot schadevergoeding door de Staat op grond van artikel 35 Wet Bopz wordt door de Rechtbank Midden-Nederland toegewezen.

Feiten

Verzoekster is op 23 augustus 2016 opgenomen op de gesloten afdeling van een psychiatrische inrichting, nadat de Rechtbank Midden-Nederland op 22 augustus 2016 daartoe een voorlopige machtiging had verleend. Op 13 januari 2017 verzoekt de behandelend psychiater tot opheffing van de voorlopige machtiging. Verzoekster heeft tegen de beschikking van 22 augustus 2016 cassatie ingesteld. De Hoge Raad heeft bij beschikking van 17 maart 2017 bepaald dat de rechtbank in de beschikking van 22 augustus 2016 blijk heeft gegeven van een onjuiste rechtsopvatting omtrent het begrip 'stoornis van de geestvermogens' zoals bedoeld in artikel 2 van de Wet Bopz. De rechtbank heeft een te ruime maatstaf aangehouden en de Hoge Raad verklaart de klacht gegrond. Nu is komen vast te staan dat verzoekster gedurende de periode van 23 augustus 2016 tot 12 januari 2017 onrechtmatig van haar vrijheid was beroofd, verzoekt zij de rechtbank om de Staat op grond van artikel 35 Wet Bopz te veroordelen tot betaling van een schadevergoeding van € 12.934,11, bestaande uit immateriële schade, uitgevoerd bloedonderzoek, het onderbrengen van de katten van verzoekster, een dierenartsbezoek, schoonmaak van de woning van verzoekster en benzinekosten. Daarnaast verzoekt de advocaat een passende tegemoetkoming in de advocaatkosten.

Oordeel

Naar het oordeel van de rechtbank is komen vast te staan dat verzoekster in de periode van 23 augustus 2016 tot 13 januari 2017 ten onrechte opgenomen is geweest. Bij de beoordeling of

daarvoor een schadevergoeding moet worden toegekend, moet worden bekeken of de gestelde schade is veroorzaakt door een onrechtmatige gedraging. Omdat stoornis van de geestvermogens onvoldoende is komen vast te staan, is daarvan in casu sprake.

De rechtbank wijst de schadevergoeding dan ook op bijna alle punten toe. Behalve voor wat betreft het bloedonderzoek en de benzinekosten is overal komen vast te staan dat er voldoende causaal verband bestaat tussen de onrechtmatige vrijheidsbeneming en de verzochte vergoeding. De totale toegekende schadevergoeding komt daarmee op € 12.024,95. Tevens heeft verzoekster recht op een vergoeding van de door haar gemaakte kosten van rechtsbijstand van € 3811,50.

mr. M.T. Schagen

Instantie: Rechtbank Midden-Nederland

Datum uitspraak: 27-07-2017

ECLI: ECLI:NL:RBMNE:2017:4286

Zaaknummer: C/16/437213 / FL RK 17-787

Rechters: D.S. Terporten-Hop, G.J.J.M. Essink en A.P. de Jong-de Goede

Advocaten: A.M.G. de Groot

Wetsartikelen: 35 Wet Bopz

ANNOTATIE

Huisarts moet voorafgaand aan het ochtendspreekuur kennisnemen van HAP-berichten.

prof. mr. A.C. Hendriks

1. Deze uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) vraagt om een bespreking. Het betreft een tuchtklacht van een patiënte tegen een huisarts die door het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam (RTG) was afgewezen. Anders dan het RTG, oordeelt het CTG in hoger beroep dat de aangeklaagde huisarts in de onderliggende zaak tot tweemaal toe onvoldoende regie had genomen. Dat is een fors verwijt, zeker gelet op de omstandigheid dat het RTG eerder had geconcludeerd dat de huisarts medisch-inhoudelijk op geen enkel moment verwijtbaar onjuist had gehandeld. Het CTG verklaart de klacht in hoger beroep aldus alsnog gegrond en gaat over tot publicatie van de uitspraak (*Stcrt.* 2017/46964). Het CTG vindt het klaarblijkelijk ook een belangrijke uitspraak. Op basis daarvan mag worden verwacht dat het CTG met een goed onderbouwd oordeel komt, dat heldere handvatten geeft voor de praktijk. Niets is minder waar; het CTG formuleert een nieuwe tuchtnorm met vergaande en weinig doordachte consequenties. Ook anderszins kan deze uitspraak niet overtuigen. Ik verklaar mij nader.

2. Het feitencomplex was als volgt. Een patiënte van de huisarts had 's nachts contact opgenomen met de huisartsenpost (HAP). Dit in verband met buikklachten, misselijkheid en braken. De dienstdoende huisarts had de vrouw in de vroege ochtend gezien en in zijn SOEP-bericht genoteerd dat er bij de vrouw waarschijnlijk sprake was van een beginnende ileus (darmobstructie). Hij had de vrouw geadviseerd 'straks' de huisarts te bellen. De dienstdoende huisarts had het hierbij gelaten.

De vrouw had inderdaad om 8.15 uur telefonisch contact opgenomen met de huisartsenpraktijk, waarop de assistente voor diezelfde ochtend, aansluitend op het spreekuur, een afspraak voor een huisvisite had ingepland. Nadat de patiënte tussentijds nog tweemaal had gebeld, had de aangeklaagde huisarts rond 10.30 uur het HAP-bericht gelezen en de vrouw gebeld. De huisarts was om 12.30 uur vervolgens bij de vrouw langsgegaan. De huisarts had toen de door de waarnemend huisarts gestelde werkdiagnose ileus verworpen –

naar achteraf bleek: terecht – zonder een duidelijke nieuwe diagnose te stellen. Nadat de vrouw die middag nog tweemaal naar de praktijk had gebeld in verband met de aanhoudende klachten had de huisarts haar omstreeks 15.45 uur teruggebeld. Daarop had de huisarts het advies van een collega in het ziekenhuis ingewonnen en besloten dat de vrouw moest worden ingestuurd. De huisarts had daarop wederom met de vrouw gebeld en met haar afgesproken dat zij met de ambulance naar het ziekenhuis zou worden gebracht. Vervolgens werd de vrouw met een A2-rit (normale prioriteit, zonder zwaailichten) binnen een uur naar het ziekenhuis overgebracht. Aldaar bleek uit nader onderzoek dat bij de vrouw sprake was van een darmischemie (onvoldoende doorbloeding van de darm) in verband waarmee de vrouw dezelfde avond is geopereerd en waarbij bij de vrouw een deel van de dunne darm is verwijderd.

3. De vrouw hield het contact met de huisarts vervolgens af. In plaats daarvan diende zij een tuchtklacht in, waarbij zij de huisarts verweet haar situatie ernstig te hebben onderschat. Daarbij verweet de vrouw de huisarts geen juiste diagnose te hebben gesteld. Dat laatste is niet de reden waarom het CTG de huisarts een waarschuwing gaf. Zoals gezegd, vormde het feit dat de huisarts in de optiek van het CTG onvoldoende regie had genomen aanleiding om een waarschuwing op te leggen. Dit verwijt betrof de late kennisneming van het HAP-bericht en het niet bezoeken van de patiënte rond 15.45 uur. Het CTG verwijt dit de huisarts persoonlijk.

4. Met betrekking tot het eerste gegrond verklaarde klachtonderdeel, de kennisneming van het HAP-bericht, had het RTG reeds overwogen dat het in bepaalde gevallen wenselijk is dat een huisarts zelf contact opneemt met een patiënt die buiten praktijkuren is gezien op de HAP. Daartoe is het dan noodzakelijk, aldus het RTG, dat een huisarts 's ochtends, voorafgaand aan het ochtendspreekuur, kennisneemt van de eventueel binnengekomen verslaglegging van de HAP. Ter zitting had de huisarts aangegeven haar praktijkvoering op dit punt inmiddels te hebben aangepast.

Het CTG neemt van dit laatste kennis maar formuleert vervolgens een striktere praktijknorm: een huisarts dient te waarborgen dat de praktijk dusdanig is georganiseerd dat de huisarts voor aanvang van het ochtendspreekuur op de hoogte is van HAP-berichten die aanleiding kunnen geven om, eveneens voorafgaand aan het spreekuur, contact op te nemen met een patiënt gelet op de op de HAP gepresenteerde klachten.

5. Niet eerder heeft het CTG een dergelijke norm geformuleerd. Uit de uitspraak wordt (mij) evenmin duidelijk waarop deze nieuwe regel is gebaseerd. Zo kan ik daarover niets teruglezen in de NHG-Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en Centrale Huisartsenpost (versie 2016). Dat laat onverlet dat deze norm vanuit het perspectief van kwaliteit en patiëntveiligheid

volstrekt logisch lijkt: kenmerk van huisartsgeneeskunde is de continuïteit van zorg. Deze continuïteit mag niet te lijden hebben onder de wisseling van diensten.

6. Dat neemt niet weg dat deze norm thans te streng en bovenal onevenwichtig is geformuleerd. Het CTG lijkt ervan uit te gaan dat eigen huisartsen, of hun assistenten, altijd voor aanvang van het spreekuur kennis (kunnen) nemen van HAP-berichten en op basis daarvan zo nodig actie kunnen ondernemen. Dit is niet de praktijk. Zo kan het zijn dat de eigen huisarts afwezig is voor nascholing of vakantie, plots ziek is of voor een ander spoedgeval wordt weggeroepen, waardoor de gewenste onmiddellijke follow-up – zeker bij de vele solistisch werkzame huisartsen die Nederland rijk is – niet altijd kan worden gewaarborgd.

7. Deze norm is onevenwichtig vanwege de volgende factoren. Wil de eigen huisarts zo nodig direct actie kunnen ondernemen, dan moeten er ook eisen worden gesteld aan de wijze van verslaglegging door de waarnemend huisarts van de HAP en anderen die buiten kantooruren zorg verlenen. Dat vraagt er bijvoorbeeld om dat de waarnemend huisarts eventuele spoed duidelijk aangeeft of hierover nog even een telefoontje pleegt met de praktijk om de huisarts hierop te attenderen. Controleren of de eigen huisarts die dag wel aanwezig is, dan wel wie de waarnemer is, kan daarbij geen kwaad. Anders gezegd, voor de continuïteit van huisartsgeneeskundige zorg kan niet alleen de (eigen) huisarts die overdag dienst heeft verantwoordelijk worden gesteld, ervan uitgaand dat aanstonds duidelijk is wie dat is.

8. Natuurlijk mogen de kwaliteit en patiëntveiligheid niet lijden onder afstemmingsproblemen. Maar alle verantwoordelijkheid neerleggen bij de eigen huisarts(praktijk), zonder enige aandacht voor de rol van de waarnemend huisarts getuigt van een eenzijdige kijk op de verantwoordelijkheidsverdeling. Bij dit alles komt dat het maar de vraag is of het HAP-bericht in onderstaande zaak aanleiding had moeten geven voor de aangeklaagde huisarts om met (grotere) spoed contact op te nemen met patiënte. Het enkele feit dat de huisarts eerst om 10.30 en niet om 8.00 uur kennis had genomen van het HAP-bericht is reden waarom het CTG de huisarts waarschuwt. Maar als er zo veel spoed was, waarom had de waarnemend huisarts – met een achteraf onjuiste werkdiagnose – de zaak dan doorgeschoven naar de eigen huisarts en met de patiënte afgesproken dat zij het initiatief zou nemen? Had de waarnemer niet zelf moeten insturen? Schiet de – niet aangeklaagde – waarnemend huisarts hier niet tekort? En had de huisarts bij eerdere kennisneming van het HAP-bericht anders gehandeld? Was schade daarmee voorkomen?

9. Het CTG verwijt de aangeklaagde huisarts in de tweede plaats het nalaten van voldoende regie naar aanleiding van de telefoontjes van patiënte in de middag. Begrijp ik het goed, dan neemt het CTG de huisarts kwalijk dat zij had volstaan met het vanuit de praktijk telefonisch

regelen van een ziekenhuisopname en ambulancevervoer. De huisarts had volgens het CTG ook naar de patiënte zelf moeten gaan. Maar waarom? Had de huisarts dan sneller een ziekenhuisopname kunnen regelen? Ik denk van niet. Een rit naar het huis van patiënte had tijd gekost en op basis van een aan ileus-gerelateerde verdenking is het hoogst onwaarschijnlijk dat de patiënte dan met een A1-rit (hoogste prioriteit, met gebruik van geluid en lichtsignalen) naar het ziekenhuis was vervoerd. Op basis van het geschetste feitencomplex concludeer ik dat de huisarts voortvarend, en na consultatie van een collega en in overleg met de patiënte, een opname en vervoer had geregeld. De meerwaarde van een huisbezoek maakt het CTG niet duidelijk. Daar staat tegenover dat de huisarts dan had moeten beslissen het middagspreekuur te onderbreken en eventuele andere toegezegde visites af te blazen. Uit de uitspraak blijkt bovendien niet of patiënte op dat moment alleen thuis was en of hier sprake was van een patiënte die vaak of zelden met de huisartsenpraktijk belde. Met betrekking tot de verwijtbaarheid van het handelen lijken mij dit relevante omstandigheden.

10. Over verwijtbaarheid gesproken: het CTG legt de huisarts vervolgens een waarschuwing op. Dit terwijl deze huisarts volgens het CTG tekort was geschoten met betrekking tot de regievoering. Een waarschuwing is volgens de systematiek van het tuchtrecht een zakelijke, niet-laakbare terechtwijzing. Daarvan is bij een gebrek aan regievoering toch geen sprake? Waarom legt het CTG dan geen berisping op?

11. Soms volstaat het CTG met het opleggen van een waarschuwing, of gegrondverklaring van de klacht zonder oplegging van een maatregel, ondanks dat het handelen laakbaar is. Het CTG doet dat soms omdat het een bepaalde norm niet eerder zo had geformuleerd (zie bijv. CTG 11 november 2008, nr. 2007/339, *Stcrt.* 2008/234; CTG 1 september 2011, nr. C2010/025, ECLI:NL:TGZCTG:2011:YG1370 en CTG 1 november 2016, nr. C2016/166, ECLI:NL:TGZCTG:2016:317). Nu het CTG deze standaardoverweging niet aanhaalt, is het onwaarschijnlijk dat dit de reden is waarom het CTG volstaat met een waarschuwing.

12. Alles bij elkaar concludeer ik daarom dat het CTG de aangeklaagde huisarts met betrekking tot deze zaak ten onrechte, althans zonder dit deugdelijk te motiveren, een gebrek aan regievoering verwijt. Het CTG doet dat zonder de rol van de waarnemer in ogenschouw te nemen, zonder te kijken of de feiten en omstandigheden hadden moeten nopen tot een andere handelwijze van de aangeklaagde arts en zonder oog voor de implicaties van de nieuwe tuchtnorm voor de praktijk. Daarbij laat het CTG ook in het midden of de nieuwe norm enkel voor huisartsen, voor alle eerstelijns zorgverleners dan wel voor alle BIG-geregistreerden geldt. Kortom, een uitspraak die inhoudelijk en met het oog op eventuele gevolgen bovenal vragen oproept, matig is onderbouwd en de praktijk op generlei wijze bruikbare handvatten biedt.

mr. A.C. Hendriks

RECHTSPRAAK

X/Y

In deze zaak gaat het om een mental coach die seksuele handelingen verricht bij cliënten die zich aan zijn zorg toevertrouwen. Deze handelingen worden door het hof echter niet aangemerkt als ontuchtige handelingen. Zij hebben niet plaatsgevonden in een cliënt-hulpverlenersrelatie: er was geen hulpvraag en er vonden geen betalingen plaats voor de verrichte diensten.

De feiten Verdachte gaf zich uit als mental coach, lifestyle coach en spiritueel coach. Door tussenkomst van hun stiefvader is verdachte als bevriende collega in contact gekomen met twee vrouwen. Er ontstond tussen verdachte en de vrouwen een vriendschapsband waarbij zij ook bij verdachte thuis kwamen, waar hij hen erotisch getinte massages gaf. Een derde vrouw leerde de verdachte via haar werk kennen, waar deze als beveiliging werkte. Er ontstond tussen hen een vriendschappelijke relatie, waarbij hij haar coach en goede vriend werd. De mental coach werd vervolgd voor feitelijke aanranding van de eerbaarheid, subsidiair ontucht, gepleegd door iemand die werkzaam is in de gezondheidszorg of maatschappelijke zorg met iemand die zich als patiënt of cliënt aan zijn hulp of zorg had toevertrouwd. De rechtbank had verdachte vrijgesproken ter zake de feitelijke aanranding, maar veroordeeld ter zake de subsidiair ten laste gelegde ontucht, en de mental coach veroordeeld tot een gevangenisstraf voor de duur van achttien maanden, waarvan acht maanden voorwaardelijk met een proeftijd van drie jaar, met als bijzondere voorwaarde contactverbod, verplicht reclasseringscontact en ambulante behandeling, en voorts een verbod tot het verrichten van werkzaamheden als mental coach en het in dat kader ontplooiën van spirituele activiteiten.

Het oordeel van het hof

Het hof spreekt de verdachte vrij. Het hof overweegt ten aanzien van de twee vrouwen, die door tussenkomst van hun stiefvader met de mental coach in contact waren gekomen, dat sprake was van een vriendschapsband tussen de verdachte en de aangeefsters, waarbij zij bij hem thuis kwamen en hij hen erotisch getinte massages gaf. Het contact tussen hen was daarbij slechts geleidelijk aan van aard veranderd. Er was echter bij hen geen sprake van een

hulpvraag, waarvoor zij gericht contact hebben gezocht, terwijl geen betalingen voor de verrichte diensten plaatsvonden. Op grond daarvan kunnen zij niet worden aangemerkt als cliënten die zich aan de hulp en zorg van de verdachte hadden toevertrouwd, terwijl hij werkzaam was als mental coach in de maatschappelijke zorg. Dat de verdachte zich op internet uitgaf voor mental coach en lifestyle coach en op visitekaartjes voor spiritueel coach maakt dit niet anders.

Ten aanzien van de derde aangeefster overweegt het hof dat de handelingen niet hebben plaatsgevonden in een cliënt-hulpverlenerrelatie in de zin van artikel 249 tweede lid aanhef en onder 3 van het Wetboek van Strafrecht. Naar het oordeel van het hof was sprake van een affectieve relatie, hetgeen door de verdachte ook wordt erkend. In zoverre was zijn relatie met deze vrouw dan ook anders dan met de twee andere aangeefsters. Hetgeen verdachte voor haar heeft gedaan dient naar het oordeel van het hof niet anders te worden beschouwd dan hetgeen men in een vriendschapsrelatie voor elkaar doet om elkaar te helpen. De hem verweten seksuele handelingen kunnen niet als ontuchtig worden aangemerkt, nu zij niet in het kader van een cliënt-hulpverlenerrelatie hebben plaatsgevonden.

mr. J.F.M. Wasser

Instantie: Gerechtshof Den Haag

Datum uitspraak: 04-09-2017

ECLI: ECLI:NL:GHDHA:2017:2539

Zaaknummer: 2200463416

Wetsartikelen: 246 Sr en 249 Sr

RECHTSPRAAK

X/Y

Een ambulancedienst beklaagt zich over de inbeslagname van de geluidsopname van een 112-melding, zich daarbij beroepend op het medisch beroepsgeheim. Een 112-melding valt onder medisch beroepsgeheim, maar er is sprake van veronderstelde toestemming en zeer uitzonderlijke omstandigheden die ertoe leiden dat de waarheidsvinding boven het medisch beroepsgeheim moet prevaleren.

De rechtbank oordeelt dat de 112-melding het begin van het medisch dossier van het slachtoffer is, en zich daarmee kwalificeert als medische gegevens voor behandeldoelinden die vallen onder het medisch beroepsgeheim. Aan klaagster als ambulancedienst komt een (afgeleid) verschoningsrecht toe. Nadat de rechtbank heeft stilgestaan bij de grondslag van het verschoningsrecht, namelijk dat het maatschappelijk belang dat de waarheid in rechte aan het licht komt, moet wijken voor het maatschappelijk belang dat eenieder zich vrijelijk en zonder vrees voor openbaarmaking van het toevertrouwde, om bijstand en advies tot de verschoningsgerechtigde moet kunnen wenden, overweegt de rechtbank ten aanzien van de 'veronderstelde toestemming' als volgt: 'Voorop staat dat toestemming van het slachtoffer vereist is om een 112-melding als de onderhavige voor het strafrechtelijk onderzoek te mogen gebruiken, maar dat in dit geval het slachtoffer deze toestemming niet meer kan geven omdat zij is overleden. De rechtbank is van oordeel dat in het algemeen kan worden gesteld dat een slachtoffer in een strafrechtelijk onderzoek van zo een ernstig misdrijf zelf ook zou willen dat de waarheid hieromtrent aan het licht komt. Het is de rechtbank immers ambtshalve bekend dat slachtoffers van misdrijven zelfs bij minder ernstige misdrijven zeer bereidwillig zijn om toestemming te verlenen om hun medische gegevens aan het strafdossier toe te laten voegen. Derhalve kan worden gesteld dat er in zijn algemeenheid sprake is van vermeende toestemming, behoudens contra-indicaties. De verklaringen van de ouders en de verdachte in deze zaak vormen aangaande deze vermeende toestemming bepaald geen contra-indicatie.' De rechtbank concludeert voorts dat sprake is van een verdenking jegens de verdachte ter zake doodslag, zoals de rechtbank dat omschrijft als 'een zeer ernstig feit, een levensdelict dat over het algemeen in de maatschappij grote ophef veroorzaakt' en stelt vast dat de geluidsopname

van de 112-melding onmisbaar is voor het aan de dag brengen van de waarheid.

'Van doorslaggevend belang acht de rechtbank daarnaast de omstandigheid dat de geluidsopname weliswaar valt onder het medisch beroepsgeheim, nu daarbij mogelijk door de verdachte aan een verpleegkundige van de ambulancedienst medische gegevens van het slachtoffer zijn gegeven, maar dat voor een medische leek hoogstwaarschijnlijk slechts een gesprek te horen zal zijn over de toestand van het slachtoffer dat geen inzage zal geven in de directe behandelrelatie tussen de zorgverlener en het slachtoffer. De aard en de omvang van de inbreuk die het verstrekken van de geluidsopname zal maken op het medisch beroepsgeheim is dan naar verwachting ook beperkt. Hierbij is uiteraard van belang dat uit het verhandelde in raadkamer niet anders blijkt dan dat enkel de verdachte en een verpleegkundige van de ambulancedienst op de geluidsopname te horen zijn.

Bovendien neemt de rechtbank in haar overweging mee hetgeen in artikel 2 EVRM is neergelegd. Zoals ook door de Hoge Raad vastgesteld, is in dit artikel het recht op leven gewaarborgd en de daaruit voortvloeiende verplichting van de Staat tot het doen van een effectief en onafhankelijk onderzoek wanneer sprake is van het overlijden van een patiënt en de verdenking ter zake van een levensdelict is gerezen.

Al deze omstandigheden in onderling verband en samenhang bezien is de rechtbank van oordeel dat hier sprake is van zeer uitzonderlijke omstandigheden die maken dat het belang van het aan het licht brengen van de waarheid moet prevaleren boven het belang dat wordt gediend met het verschoningsrecht.

Gezien het vorenstaande zal het beklag ongegrond worden verklaard.'

mr. J.F.M. Wasser

Instantie: Rechtbank Den Haag

Datum uitspraak: 07-07-2017

ECLI: ECLI:NL:RBDHA:2017:7496

Zaaknummer: RK 17/2719

Wetsartikelen: 552a Sv

RECHTSPRAAK

X/Y

Een onervaren verpleegkundige besluit op basis van onjuiste overwegingen eigenstandig tot een andere toedieningswijze van een opiaat in een te hoge dosering. De patiënt overlijdt als gevolg daarvan. De verpleegkundige krijgt een voorwaardelijke schorsing van zes maanden opgelegd.

De feiten

Een patiënt meldt zich met een tussenpoos van drie dagen tweemaal met cardiale en urologische klachten op de SEH. Na de tweede presentatie wordt hij opgenomen. Bij patiënt was sprake van hydronefrose, een acute nierfunctiestoornis en toenemende decompensatio cordis. Patiënt heeft ook pijn en krijgt pijnmedicatie. Vanwege de verdenking op morfinestapeling enkele dagen later wordt besloten de morfine te staken en Dipidolor (= piritramide) via de infuuspomp te geven. De medicatieopdracht in het dossier luidde:

'piritramide injectievloeistof 20 mg = 2 ml

Zonodig 1 dd ZN (80) mg

80 mg in 50 cc, via PCA pomp'.

Tijdens onrust heeft patiënt het infuus eruit getrokken. Het infuus is niet opnieuw ingebracht. De pijnmedicatie-opdracht bleef ongewijzigd. Patiënt is na twee weken op de afdeling urologie overgeplaatst naar de afdeling interne geneeskunde. Omdat patiënt pijn had, heeft de verpleegkundige het dossier geraadpleegd en zag dat patiënt Dipidolor per infuuspomp mocht krijgen. Omdat er geen sprake meer was van een pomp heeft de verpleegkundige in het protocol Dipidolor gekeken of de Dipidolor ook als bolusinjectie toegediend kon worden. Het protocol vermeldde: 'intraveneus als bolusinjectie, onverdund langzaam'. Bestudering van de oorspronkelijke medicatieopdracht leidde de verpleegkundige en haar collega, met wie zij overlegd heeft, tot de conclusie dat dit niet kon kloppen. Beiden hebben gezien dat twee keer eerder Dipidolor is toegediend en zij hebben op basis hiervan geconcludeerd dat Dipidolor als

bolusinjectie gegeven kan worden. De verpleegkundige heeft de patiënt 80 mg onverdund intraveneus toegediend. Direct daarna trad bij patiënt een ademstilstand op. Reanimatie werd direct gestart, maar had geen succes.

De klacht

Klaagster is de dochter van de overleden patiënt. Zij verwijt de verpleegkundige dat deze niet met een arts heeft overlegd over haar conclusies met betrekking tot de medicatieopdracht, dat zij het protocol Dipidolor verkeerd heeft gelezen en dat zij het middel op de verkeerde wijze en in een veel te hoge dosering heeft toegediend als gevolg waarvan haar vader is overleden.

Het oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) stelt vast dat verweerster weinig ziekenhuiservaring had. Zij was ten tijde van de gebeurtenis zeven weken werkzaam op de afdeling interne geneeskunde van het desbetreffende ziekenhuis. Na haar diplomering was verweerster enige tijd werkzaam geweest in de gehandicaptenzorg. Met het middel Dipidolor had verweerster geen ervaring. Het verweer van de verpleegkundige dat de medicatiefout haar niet, althans niet volledig, kan worden aangerekend omdat eerder in de keten al fouten waren gemaakt en zij mede op basis daarvan tot haar handelen gekomen is en dat verantwoordelijkheden niet duidelijk waren vastgelegd, volgt het RTG niet.

Het RTG overweegt dat verweerster terecht getwijfeld heeft over de vraag hoe de onderhavige medicatieopdracht geïnterpreteerd diende te worden. Het RTG begrijpt niet dat verweerster heeft kunnen denken dat 80 mg Dipidolor, die op basis van de medicatieopdracht opgelost in een spuit via een infuuspomp zou moeten worden toegediend, in een keer intraveneus kon worden toegediend. Ook kan het RTG niet volgen dat verweerster zich niet tot een ervaren collega heeft gewend, in plaats van overleg te hebben met een evenmin ervaren collega. Er was een ervaren verpleegkundige op de afdeling en er was geen sprake van een spoedsituatie, zodat er gelegenheid was om te overleggen.

Ten aanzien van de interpretatie van de medicatieopdracht overweegt het RTG dat een kritische benadering past bij de taakuitoefening van een verpleegkundige. Het oordeel dat het recept fout is, het zonder overleg met een arts of apotheker interpreteren van een medicatieopdracht gaat voor een niet-ervaren verpleegkundige aanzienlijk te ver, aldus het RTG. Daarbij komt ook dat verweerster het protocol niet goed heeft gelezen. Het handelen van verweerster stuit des te meer op onbegrip bij het RTG nu de grote stap van paracetamol naar Dipidolor (een opiaat) niet voor de hand ligt. Dit had verweerster aanleiding moeten geven tot overleg met een arts.

Op basis van een onjuiste inschatting van de situatie, onbekendheid van het geneesmiddel, de risico's en de bijwerkingen ervan en de terecht bij haar opkomende twijfel die zij niet kenbaar heeft gemaakt en besproken met een ervaren collega heeft verweerster beslissingen genomen. Dit acht het RTG verwijtbaar. De omstandigheden dat het recept voor Dipidolor duidelijker had kunnen zijn, dit recept wellicht niet meer in het dossier had mogen staan, geen duidelijke afspraken bestonden over onder welke omstandigheden overleg met een ervaren verpleegkundige, een arts of een apotheker gevoerd moet worden, en een andere onervaren collega heeft meegekeken, nemen naar het oordeel van het RTG niet weg dat verweerster verantwoordelijk is voor haar eigen handelen. Van verweerster had verwacht mogen worden dat zij de grenzen van de eigen kennis kende en dat zij bij het nemen van beslissingen en het handelen hierop alert zou zijn om risico's uit te sluiten. Verweerster is hierin uitdrukkelijk tekortgeschoten.

Met betrekking tot de op te leggen maatregel heeft het RTG overwogen dat – gelet op de ernst van het verwijt – in beginsel een onvoorwaardelijke schorsing van zes maanden aangewezen zou zijn. Het RTG betreft echter bij zijn afweging dat uit het SIRE-rapport blijkt dat de organisatie niet op orde was en dat inmiddels verbeteringen zijn doorgevoerd. De gebrekkige organisatie neemt de verantwoordelijkheid voor het eigen handelen van de verpleegkundige niet weg, maar is wel reden om haar het verwijt minder zwaar aan te rekenen. Het RTG besluit tot oplegging van een voorwaardelijke schorsing onder de voorwaarde dat verweerster zich binnen een periode van twee jaar niet opnieuw schuldig maakt aan vergelijkbaar tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen.

mr. A.C. de Die

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam

Datum uitspraak: 05-09-2017

ECLI: ECLI:NL:TGZRAMS:2017:103

Zaaknummer: 2017/134VP

Advocaten: P. Leemans en D. Zwartjens

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

Een patiënte doet een melding bij zowel de Inspectie voor de Gezondheidszorg ('IGZ') als het Landelijk Meldpunt Zorg ('LMZ'). Later heeft zij verzocht om al de door haar in het kader van de melding verstrekte gegevens te vernietigen, omdat de gegevens in strijd met de Wet bescherming persoonsgegevens ('Wbp') zouden zijn verwerkt. De minister heeft het verzoek afgewezen. In beroep heeft de rechtbank geoordeeld dat de gegevens in strijd met de Wbp zijn verwerkt en bewaard. In hoger beroep blijft het oordeel van de rechtbank in stand, omdat naar het oordeel van de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State niet van uitdrukkelijke – geïnformeerde – toestemming van de patiënte voor de verwerking kan worden gesproken.

Feiten en beoordeling in eerste aanleg

Op 29 december 2014 heeft een patiënte een klacht over een fysiotherapeut ingediend bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg ('IGZ'). De IGZ heeft de klacht als melding doorgestuurd aan het Landelijk Meldpunt Zorg ('LMZ'). Nadat stukken van de patiënte waren ontvangen, heeft het LMZ de melding aan de IGZ voorgelegd. Op 5 februari 2015 heeft de IGZ de patiënte meegedeeld dat haar melding niet in behandeling wordt genomen. Daarop heeft de patiënte bij brief van 18 februari 2015 verzocht om alle brieven en informatie die zij heeft opgestuurd, zowel bij het LMZ als bij de IGZ, te vernietigen.

De minister heeft het verzoek afgewezen, omdat de van de patiënte verwerkte persoonsgegevens volgens hem niet feitelijk onjuist zijn, niet onvolledig of niet ter zake dienend zijn en niet op andere wijze in strijd met een voorschrift van de Wet bescherming persoonsgegevens ('Wbp') of een andere wet zijn verwerkt. Dossiers van meldingen worden volgens de minister standaard tien jaar bewaard.

De Rechtbank Rotterdam heeft bij vonnis van 22 juni 2016 geoordeeld dat de minister het

verzoek van de patiënte niet had mogen afwijzen, nu haar persoonsgegevens in strijd met wettelijke voorschriften zijn verwerkt. Hiertoe heeft de rechtbank overwogen dat niet aannemelijk is geworden dat het noodzakelijk is om de dossiers van meldingen zowel bij het LMZ als bij de IGZ te bewaren. Het voor tien jaar bewaren van het dossier op beide locaties is daarom volgens de rechtbank in strijd met artikel 11 lid 1 Wbp. Verder heeft het LMZ noch de IGZ de patiënte volledig geïnformeerd over de verwerking van haar persoonsgegevens. Dat is in strijd met de artikelen 6 en 33 Wbp. De gegevensverwerking naar aanleiding van de melding van de patiënte ziet op persoonsgegevens betreffende haar gezondheid. Ingevolge artikel 16 Wbp is verwerking daarvan verboden behoudens de uitzonderingen die zijn opgenomen in de artikelen 17 tot en met 24 Wbp. Volgens de rechtbank heeft de minister zich ten onrechte op het standpunt gesteld dat verwerking van die gegevens op grond van artikel 21 lid 1 sub f Wbp is toegestaan. De gegevens betreffende de gezondheid van de patiënte zijn volgens de rechtbank daarom ook in strijd met artikel 16 Wbp verwerkt.

De beoordeling in het hoger beroep

Van dit vonnis is de minister in hoger beroep gekomen. Volgens de minister heeft de rechtbank ten onrechte geconcludeerd dat de persoonsgegevens van de patiënte in strijd met wettelijke voorschriften zijn verwerkt.

Er is volgens de minister geen sprake van strijd met artikel 16 Wbp. De uitzondering als bedoeld in artikel 23 lid 1 sub f Wbp doet zich volgens de minister voor; de verwerking is geschied ten behoeve van een zwaarwegend belang. Het is immers de taak van de IGZ om toezicht te houden op en onderzoek te doen naar de kwaliteit en de veiligheid van de zorg. Ter behandeling en beoordeling van ontvangen meldingen is het noodzakelijk om persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de melder te verwerken. De grondslagen voor verwerking zijn artikel 36 van de Gezondheidswet en artikel 11 lid 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg ('Wkkgz'). Uit de Archiefwet volgt dat de minister verplicht is om gegevens te bewaren.

Subsidiair stelt de minister zich op het standpunt dat zich de uitzondering als bedoeld in artikel 23 lid 1 sub a Wbp voordoet, omdat de patiënte uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven voor verwerking van haar persoonsgegevens. Het LMZ heeft haar geïnformeerd over de taken van de IGZ en de mogelijkheden die de IGZ heeft ten aanzien van haar klacht. Door desgevraagd en uit eigen beweging gegevens te verstrekken heeft de patiënte volgens de minister uitdrukkelijke toestemming gegeven om haar dossier tien jaar te bewaren.

De Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State ('ABRvS') overweegt als volgt. Ingevolge artikel 23 lid 1 sub f Wbp is het verbod om persoonsgegevens betreffende iemands

gezondheid te verwerken niet van toepassing voor zover dit noodzakelijk is met het oog op een zwaarwegend algemeen belang, er passende waarborgen worden geboden ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en dit bij wet wordt bepaald of wanneer het College bescherming persoonsgegevens (thans: de Autoriteit Persoonsgegevens) ontheffing heeft verleend. Volgens de wetsgeschiedenis vereist deze bepaling dat de verwerking in de Wbp of in een andere formele wet uitdrukkelijk is geregeld. In artikel 36 lid 1 Gezondheidswet, noch in een andere bepaling van de Gezondheidswet, is geregeld dat in verband met het voormelde toezicht op de volksgezondheid persoonsgegevens mogen worden verwerkt. In artikel 36 Gezondheidswet wordt immers alleen bepaald dat er – kort gezegd – een Staatstoezicht voor de Volksgezondheid is en welke taken aan het Staatstoezicht op de Volksgezondheid worden opgedragen. In artikel 11 lid 1 Wkkgz is bepaald dat zorgaanbieders calamiteiten, geweld in de zorgrelatie en de beëindiging van de arbeidsrelatie in verband met disfunctioneren van een zorgverlener dienen te melden aan de IGZ. Bij de melding op grond van artikel 11 lid 1 Wkkgz dienen de zorgaanbieder en zorgverlener ingevolge artikel 11 lid 2 Wkkgz verschillende gegevens te verstrekken, waaronder, voor zover noodzakelijk, ook gegevens betreffende de gezondheid (van de betrokken patiënt). Deze bepaling betreft dus meldingen door zorgaanbieders en derhalve niet een melding als door de patiënte is gedaan. Artikel 11 lid 2 Wkkgz kan daarom geen grondslag vormen voor het bewaren van het door de patiënte in het kader van haar melding overgelegde dossier. Ingevolge artikel 3 Archiefwet zijn de overheidsorganen verplicht de onder hen berustende archiefbescheiden in goede, geordende en toegankelijke staat te brengen en te bewaren, alsmede zorg te dragen voor de vernietiging van de daarvoor in aanmerking komende archiefbescheiden. Naar het oordeel van de ABRvS vormt deze algemene bepaling niet een zelfstandige grondslag voor de verwerking van bijzondere persoonsgegevens als bedoeld in artikel 23 lid 1 sub f Wbp, nu aan de bewaarplicht van de Archiefwet pas wordt toegekomen als gegevens in overeenstemming met de Wbp worden verwerkt. Er is geen ontheffing van het College bescherming persoonsgegevens (Autoriteit Persoonsgegevens) verleend. Uit het voorgaande volgt dat aan het vereiste van artikel 23 lid 1 sub f Wbp, dat een wettelijke grondslag voorhanden is of ontheffing is verleend, niet is voldaan. De minister kan zich niet op deze uitzondering beroepen. Ingevolge artikel 23 lid 1 sub a Wbp is het verbod om persoonsgegevens betreffende de gezondheid te verwerken niet van toepassing indien de verwerking met uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene is geschied. Uit de wetsgeschiedenis volgt dat de betrokkene expliciet zijn wil omtrent de verwerking moet hebben geuit. Stilzwijgende of impliciete toestemming is onvoldoende, maar kan naast in woord en geschrift ook zijn gelegen in een gedraging. Uit de wetsgeschiedenis bij artikel 1 sub f Wbp, het artikel waarin ‘toestemming’ wordt gedefinieerd, volgt dat duidelijk moet zijn welke verwerking, van welke gegevens, voor welk doel zal plaatsvinden. Een zeer brede en onbepaalde machtiging tot verwerken van

gegevens kan niet als toestemming worden aangemerkt en ook is er geen geldige toestemming wanneer de betrokkene geconfronteerd wordt met een geheel andere gegevensverwerking dan waarvoor hij toestemming had verleend. Bij brief van 29 december 2014 aan de IGZ heeft de patiënte aandacht gevraagd voor haar klacht over een fysiotherapeut. De IGZ heeft de brief doorgestuurd aan het LMZ. In notities van het LMZ van contact met de patiënte wordt vermeld dat telefonisch contact over de melding heeft plaatsgevonden en dat de patiënte toestemming en machtiging aan de IGZ heeft gegeven om de door haar naar het LMZ gezonden stukken te delen. De patiënte heeft aangegeven niet met het LMZ over het bewaren van haar gegevens te hebben gesproken. De ABRvS overweegt dat de patiënte met het sturen van de brief van 29 december 2014 en het toesturen van nadere stukken toestemming heeft gegeven voor het verwerken van haar persoonsgegevens in verband met de behandeling van haar melding. Uit deze gedragingen blijkt immers dat zij wil dat haar klacht wordt behandeld en dat zij daartoe haar gegevens verstrekt. Uit de notities van het LMZ van het contact met de patiënte blijkt verder dat zij toestemming heeft gegeven om haar persoonsgegevens aan de IGZ te verstrekken ten behoeve van de behandeling van haar melding. Uit de notities van het contact met de patiënte blijkt niet dat zij toestemming heeft gegeven voor verwerking van haar persoonsgegevens door het bewaren van het dossier van haar melding voor tien jaar, noch dat zij over die bewaring is geïnformeerd. Een en ander stond destijds – anders dan nu – niet op de website van het LMZ. Uit het ‘Basisselectiedocument IGZ’, dat in de Staatscourant is gepubliceerd, blijkt dat meldingen van zorginstellingen en van burgers, zowel die geen vervolg krijgen als die leiden tot nader onderzoek, in beginsel tien jaar worden bewaard. Naar het oordeel van de ABRvS kan echter uit de omstandigheid dat de patiënte de stukken heeft opgestuurd nadat het Basisselectiedocument IGZ was gepubliceerd geen uitdrukkelijke toestemming voor het bewaren van haar medische persoonsgegevens voor tien jaar worden afgeleid. Evenmin kan uit de toestemming van de patiënte voor het verwerken van haar persoonsgegevens in verband met de behandeling van de melding een toestemming worden afgeleid voor het voor tien jaar bewaren van het dossier van haar melding nadat de IGZ heeft besloten de melding niet in behandeling te nemen. Uit de wetsgeschiedenis van de Wbp volgt immers dat de wilsuiting betrekking moet hebben op een bepaalde gegevensverwerking en duidelijk moet zijn welke verwerking, van welke gegevens, voor welk doel zal plaatsvinden. De patiënte heeft dus geen uitdrukkelijke toestemming gegeven voor het bewaren van de gegevens betreffende haar gezondheid voor tien jaar, zodat de minister zich niet op de uitzondering als bedoeld in artikel 23 lid 1 sub a Wbp kan beroepen. De rechtbank heeft terecht overwogen dat de minister in strijd met artikel 16 Wbp persoonsgegevens heeft verwerkt. Dit oordeel blijft daarom in stand.

mr. J.M. de Vries

Instantie: Raad van State

Datum uitspraak: 23-08-2017

ECLI: ECLI:NL:RVS:2017:2232

Zaaknummer: 201605875

Advocaten: J.M. Janson en K.M. Mulder

Wetsartikelen: 6 Wbp, 11 Wbp, 16 Wbp, 23 Wbp, 33 Wbp, 11 Wkkgz en 36 Gezondheidswet

RECHTSPRAAK

ouders/ziekenhuis X

De ouders van een baby met hersenletsel stellen het ziekenhuis aansprakelijk; zij vinden dat de gynaecoloog en de klinisch verloskundige bij de bevalling verwijtbaar hebben gehandeld. De op gezamenlijk verzoek ingeschakelde deskundige concludeert dat er substandaard zorg is geleverd op verschillende punten, maar dat er geen afwijking van de medisch-professionele standaard heeft plaatsgevonden. De rechtbank neemt dat oordeel over.

Feiten

Na een ivf-behandeling doorloopt een vrouw een zwangerschap zonder complicaties. Twee dagen voor de bevalling wordt zij opgenomen in het ziekenhuis wegens oververmoeidheid. Ze bevalt van een tweeling. Het tweede kind blijkt hersenletsel te hebben en is ernstig gehandicapt. Dit speelt zich af in februari 2007. In 2012 stellen de ouders het ziekenhuis aansprakelijk. Zij stellen op basis van een rapport van hun medisch adviseur dat de foetale bewaking van het tweede kind tekort is geschoten. De verzekeraar van het ziekenhuis wijst de aansprakelijkheid af en partijen doen een gezamenlijk verzoek aan een gynaecoloog/perinatoloog om als deskundige onderzoek te doen naar de behandeling van de vrouw voor, tijdens en na de geboorte van het tweede kind. De deskundige concludeert dat er substandaard zorg is geleverd op verschillende punten, maar dat er geen afwijking van de medisch-professionele standaard heeft plaatsgevonden. In 2016 starten de ouders een procedure. In deze procedure maken de ouders de gynaecoloog en de klinisch verloskundige zes verschillende medisch-inhoudelijke verwijten.

Oordeel

De rechtbank begint met de norm: artikel 7:453 BW bepaalt dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard. Deze zorgplicht houdt in dat de hulpverlener

die zorg moet betrachten die de redelijk bekwame en redelijk handelende vakgenoot in dezelfde omstandigheden zou hebben betracht. Voor de beantwoording van de vraag of volgens deze norm is gehandeld hebben partijen gezamenlijk opdracht gegeven aan een deskundige om onderzoek te doen naar de behandeling van de moeder voor, tijdens en na de geboorte. De rechtbank dient de uitkomsten van dit onderzoek in beginsel te volgen. Dit kan anders zijn indien de gehanteerde methode van onderzoek niet juist blijkt te zijn of als de inhoud van het rapport niet consistent of concludent is. Van dit laatste is volgens de ouders sprake. Zij achten het onbegrijpelijk dat de deskundige aan de ene kant concludeert dat er substandaard zorg is geleverd op verschillende punten, terwijl hij aan de andere kant concludeert dat er geen afwijking van de medisch-professionele standaard heeft plaatsgevonden. De rechtbank bespreekt daarom stuk voor stuk, aan de hand van het rapport van de deskundige en alle overige in het geding gebrachte stukken, de door de ouders gemaakte verwijten.

Het betreft hier een zeer feitelijk medisch-inhoudelijk vonnis en voor wie daarin is geïnteresseerd, is het lezenswaardig. Juridisch is het eindoordeel van de rechtbank interessant: de rechtbank is van oordeel dat het rapport van de deskundige concludent is en dus tot uitgangspunt moet worden genomen bij de beoordeling. Met de deskundige komt de rechtbank tot de conclusie dat de kwaliteit van de CTG-registratie met enige regelmaat te wensen overliet en dat het baringsverslag wellicht ten onrechte niet naar de huisarts is gestuurd. Deze normschendingen zijn kennelijk echter niet zodanig ernstig dat de deskundige vindt dat de medisch- professionele standaard is geschonden. De rechtbank acht deze conclusie begrijpelijk en volgt deze. De overige verwijten van de ouders zijn naar het oordeel van de rechtbank, in het licht van het verweer van het ziekenhuis, onvoldoende onderbouwd. Hieruit volgt dat de gynaecoloog en de klinisch verloskundige bij hun werkzaamheden de zorg van goede hulpverleners in acht hebben genomen en de zorg hebben betracht die redelijk bekwame en redelijk handelende vakgenoten destijds in dezelfde omstandigheden zouden hebben betracht. Van een tekortkoming in de nakoming van de behandelingsovereenkomst of onrechtmatig handelen is dus geen sprake. Gelet hierop komt de rechtbank niet toe aan bespreking van de vraag of de hersenbeschadiging van het kind is ontstaan door zuurstoftekort (tijdens de bevalling), hetgeen volgens het ziekenhuis niet vaststaat. Hiermee hangt samen dat ook de vraag of de omkeringsregel van toepassing is geen bespreking behoeft.

De gevorderde verklaring voor recht omtrent de aansprakelijkheid en het voorschot op de schade worden afgewezen.

mr. dr. R.P. Wijne

Instantie: Rechtbank Midden-Nederland

Datum uitspraak: 16-08-2017

ECLI: ECLI:NL:RBMNE:2017:4172

Zaaknummer: C/16/428832 / HA ZA 16-926

Rechters: J.P. Killian

Advocaten: J.W. Koeleman, I.E. Zwart en M.J.J. de Ridder

Wetsartikelen: 7:462 BW en 6:162 BW

RECHTSPRAAK

Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging en Artsenvereniging Voor Integrale Geneeskunde/Staat der Nederlanden

De NAAV (Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging) en de AVIG (Artsenvereniging Voor Integrale Geneeskunde) dagen de Staat omdat zij vinden dat de regelgeving aangaande de verplichte herregistratie die voor BIG-artsen geldt voor hun leden onduidelijk is, in strijd is met het recht (Wet BIG en de beginselen van verbod van willekeur, rechtszekerheid en gelijkheid) en daarom onverbindend is, en dat de Staat onrechtmatig heeft gehandeld jegens hun leden. De rechtbank wijst alle vorderingen van de artsenverenigingen af. Het beoordelingskader is niet in strijd met de Wet BIG en daarom niet onverbindend. Van onrechtmatig handelen in verband met het moment waarop de invulling van de werkervaringseis en het deskundigheidsgebied bekend is gemaakt en in verband met de wijze waarop de bewijslevering in het kader van de herregistratie is vormgegeven, is geen sprake.

Feiten

Voor BIG-artsen geldt met ingang van 1 januari 2012 een verplichte herregistratie. Om hiervoor in aanmerking te komen moet de arts scholing hebben gevolgd of bepaalde werkzaamheden hebben verricht, overeenkomstig door de minister van VWS gestelde regels. Deze uitspraak gaat uitsluitend over de werkervaringseis, niet over de scholingseis. De werkervaringseis houdt in dat de arts in een jaar 2080 uren moet hebben verricht binnen de individuele gezondheidszorg.

In januari 2013 publiceerde de minister het Herregistratie BIG-register, Beoordelingskader, versie 1.0. Hierin wordt bepaald dat werkzaamheden buiten de reguliere gezondheidszorg niet

meetellen voor de 2080 uur. In december 2014 publiceerde de minister versie 2.0, waarin het onderscheid tussen reguliere behandelwijzen en alternatieve zorg wordt toegelicht. In januari 2016 volgde een bijlage bij het Beoordelingskader, waarin een casus is opgenomen over niet-reguliere behandelwijzen. Nog immer geldt dan dat de uren die worden besteed aan het verlenen van zorg die niet tot de reguliere gezondheidszorg behoort, zoals acupunctuur of homeopathie, niet meetellen. In januari 2016 volgde ook versie 2.1 van het Beoordelingskader. In december 2016 werd ten behoeve van het verduidelijken van de eisen waaronder werkzaamheden als relevante werkzaamheden voor de periodieke registratie meetellen, een wijziging van de Regeling periodieke registratie Wet BIG gepubliceerd.

In juli 2016 dagvaardden de artsenverenigingen de minister (deze uitspraak).

In de periode april 2012 tot februari 2017 vond divers en uitgebreid schriftelijk en mondeling overleg plaats tussen de artsenverenigingen en het ministerie van VWS. Tot aan de dagvaarding ging het voornamelijk over het al dan niet terechte onderscheid dat wordt gemaakt tussen werkzaamheden in reguliere en niet-reguliere zorg. Na de dagvaarding gingen de gesprekken over de praktische kanten van dat onderscheid: hoe levert men bewijs voor de verschillende uren in reguliere of niet-reguliere zorg.

De artsenverenigingen vorderen de verklaring voor recht:

- dat het Beoordelingskader 2.1 van januari 2016 in strijd is met het recht en daarom onverbindend is;
- dat de Staat onrechtmatig handelt jegens de bij de artsenverenigingen aangesloten artsen wegens het niet dan wel te laat verschaffen van duidelijkheid over de werkervaringseis, waardoor niet aan die eis kan worden voldaan.

De Staat heeft verweer gevoerd. In dit verweer wordt gesteld dat de minister heeft gebruikgemaakt van een aan hem toekomende wettelijke bevoegdheid en dat het Beoordelingskader niet in strijd is met de wet BIG en de onderliggende regelgeving inzake herregistratie. Bovendien is de minister niet onduidelijk geweest, integendeel. Van onrechtmatig handelen is geen sprake.

Oordeel

De rechtbank vat het geschil samen: aan de orde is of het Beoordelingskader, zoals verankerd in de Regeling periodieke registratie Wet BIG, in strijd is met de Wet BIG, althans of de Staat in strijd met het verbod van willekeur en het rechtszekerheids- en gelijkheidsbeginsel een

beperking heeft aangebracht op de uren die meetellen voor herregistratie. Dit, nu in dit kader en daarmee in de Regeling periodieke registratie Wet BIG ten onrechte onderscheid wordt gemaakt tussen reguliere en niet-reguliere behandelwijzen. Tevens is aan de orde of de Staat onrechtmatig jegens de artsen(verenigingen) heeft gehandeld. Verder is in geschil of de Staat onrechtmatig heeft gehandeld door geen, althans op een zodanig laat tijdstip duidelijkheid te verschaffen over de invulling van de werkervaringseis dat de leden van de artsenverenigingen daardoor niet (meer) aan die eis kunnen voldoen.

Ten aanzien van de vraag of het beoordelingskader onverbindend is

De rechtbank gaat eerst ambtshalve uitvoerig in op de ontvankelijkheid van de artsenverenigingen c.q. de bevoegdheid van de burgerlijke rechter. Zou de aanvraag tot herregistratie van een BIG-arts worden afgewezen, dan staat ingevolge de Algemene wet bestuursrecht bezwaar en beroep bij de bestuursrechter open. Deze weg is echter een gekunstelde en onevenredig bezwarende in dit geval, aldus de rechtbank. Het zou namelijk betekenen dat de individuele arts een afwijzend besluit zou moeten uitlokken, waarop volgt dat de BIG-registratie van de arts wordt doorgehaald, dat hij zijn titel niet meer mag voeren en dat hij geen artsverrichtingen meer mag uitvoeren. Dit zal de betreffende arts aanzienlijke (reputatie)schade berokkenen. Dat gaat te ver. Met het oog op een doeltreffende rechtsbescherming tegen de overheid blokkeert het openstaan van de bestuursrechtelijke weg in dezen de toegang tot de burgerlijke rechter niet. De artsenverenigingen kunnen in hun collectieve actie worden ontvangen.

De Wet BIG maakt geen onderscheid tussen reguliere en niet-reguliere behandelwijzen. Uit de wet vloeit voort dat de artsen zelf, mits binnen de kaders van de wet en onderworpen aan het medisch tuchtrecht, mogen bepalen welke behandelwijzen zij toepassen. Echter, de Wet BIG wil de kwaliteit van de geneeskunst waarborgen. De wet beoogt het publiek duidelijkheid te verschaffen over de inhoudelijke kwaliteiten van degenen die zich op de artsentitel voorstaan. Uitsluitend degenen die als arts geregistreerd staan, zijn immers bevoegd om aan een arts voorbehouden handelingen te verrichten. De bij de werkervaringseis uitgesloten behandelingen op het gebied van acupunctuur en homeopathie behoren niet tot de aan een arts voorbehouden handelingen. Het Beoordelingskader is dus niet in strijd met het doel en de strekking van de kwaliteitswet die de Wet BIG is.

Van willekeur is geen sprake, volgens de rechtbank. Bij het opstellen van het Beoordelingskader heeft de minister gebruikgemaakt van zijn op basis van artikel 8 Wet BIG toekomstige discretionaire bevoegdheid. De uitoefening van die bevoegdheid lijdt volgens de rechtbank niet aan een zodanig gebrekkige afweging van belangen dat niet meer van een rechtmatig afweging kan worden gesproken.

Ook het gelijkheidsbeginsel is niet geschonden; van gelijke gevallen is geen sprake, aldus de rechtbank.

Ten aanzien van de vraag of onrechtmatig is gehandeld

De verplichting tot herregistratie geldt voor BIG-artsen vanaf 1 januari 2012. Vanaf dat moment hadden de artsen zich er bewust van kunnen en moeten zijn dat een adequate administratie noodzakelijk was. Ook de 2080-ureneis bestond toen al. De minister heeft zich van meet af aan en consequent op het standpunt gesteld dat er een onderscheid gemaakt zou worden tussen reguliere en niet-reguliere werkzaamheden. Daarbij heeft de minister de door de KNMG gemaakte scheidslijn gevolgd. Er is uitgebreid overleg geweest, ook nog na de dagvaarding, waarin steeds is gepoogd tot verduidelijking te komen. Ter zitting licht de Staat nog toe dat aanvragen niet terstond zullen worden afgewezen, maar dat artsen de kans zullen krijgen aan de hand van aanwijzingen van het CIBG – het uitvoeringsorgaan van de wet BIG – hun aanvraag aan te vullen. Onder deze omstandigheden kan niet worden geoordeeld dat de minister onduidelijk is geweest of dat deze duidelijkheid te laat is ontstaan voor de artsen om nog te kunnen voldoen aan de invulling van de werkervaringseis.

De rechtbank wijst de vorderingen van de patiëntenverenigingen af en veroordeelt hen in de kosten.

mr. dr. R.P. Wijne

Instantie: Rechtbank Den Haag

Datum uitspraak: 19-07-2017

ECLI: ECLI:NL:RBDHA:2017:9449

Zaaknummer: C/09/515979 HA ZA 16-910

Advocaten: F.P. van Galen en W.I. Wisman

Wetsartikelen: 3:305a BW, 8 Wet BIG, Regeling periodieke registratie Wet BIG, Besluit periodieke registratie Wet BIG en Herregistratie BIG-register Beoordelingskader

RECHTSPRAAK

X/Y

Verweerster, bedrijfsarts, wordt onder andere door klaagster verweten te laat/geen medische informatie bij klaagsters behandelaars te hebben opgevraagd en de spreekuurverslagen niet aan klaagster te hebben gegeven. Tevens verwijt klaagster haar dat door haar onvolledige advisering onnodig onduidelijkheden zijn ontstaan omtrent klaagsters herstel en revalidatie en dat verweerster zich niet houdt aan de STECR-richtlijnen. Het Regionaal Tuchtcollege Zwolle heeft deze klachtonderdelen gegrond verklaard en verweerster een berisping opgelegd.

Feiten

Klaagster, geboren in 1963, viel in januari 2015 uit voor haar werk. Zij heeft in het kader van de verzuimbegeleiding contact gehad met verweerster, bedrijfsarts. Op 9 januari 2015, drie dagen voor haar eerste ziektedag, heeft klaagster een consult bij verweerster aangevraagd. Het eerste spreekuurcontact vond plaats op 15 januari 2015. Op 12 januari 2016 heeft verweerster het dossier overgedragen aan een directe collega, in verband met de moeilijke en vage communicatie tussen klaagster en verweerster. Op 21 januari 2016 heeft klaagster een klacht ingediend bij de klachtencommissie van de Vereniging Zelfstandige en Freelance Bedrijfsartsen (ZFB). Klaagster heeft nadien de tuchtklacht bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) ingediend tegen verweerster, bestaande uit acht klachtonderdelen. Klaagster verwijt verweerster onder andere dat zij te laat of geen medische informatie bij klaagsters behandelaars heeft opgevraagd (klachtonderdeel 3), dat zij de spreekuurverslagen niet aan klaagster heeft gegeven (klachtonderdeel 5), dat er door haar onvolledige advisering onnodig onduidelijkheden zijn ontstaan omtrent klaagsters herstel en revalidatie (klachtonderdeel 6) en dat zij zich niet houdt aan de STECR-richtlijnen (klachtonderdeel 8).

Oordeel

Het RTG heeft de klacht deels gegrond verklaard en verweerster een berisping opgelegd. De vier bovengenoemde klachtonderdelen werden gegrond verklaard (klachtonderdeel 3, 5, 6 en 8). Ten aanzien van klachtonderdeel 3 oordeelde het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) eerder dat een bedrijfsarts niet altijd contact hoeft te leggen met de medische behandelaars van een zieke werknemer. Dit is echter anders als de werknemer aandringt op dat contact. In deze zaak is er geen inhoudelijk contact geweest met de behandelaar(s) van klaagster over het re-integratietraject, hoewel klaagster en die behandelaar(s) daarop aandroegen. Het had juist op de weg van verweerster gelegen dit contact wel aan te gaan, ook al was zij niet de verwijzer naar deze behandelaar.

Voor klachtonderdeel 5 verwijst het RTG naar een uitspraak van het CTG (13 augustus 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:46). Daarin besliste het CTG dat het van belang is dat bij een traject van verzuimbegeleiding de bedrijfsarts aan de werknemer en de werkgever dezelfde informatie verstrekt. Een bedrijfsarts dient om die reden steeds alle informatie met betrekking tot de verzuimbegeleiding van een werknemer, die hij aan de werkgever verstrekt, onverkort en schriftelijk in afschrift te verstrekken aan de desbetreffende werknemer. Dit met als uitzondering louter administratieve mededelingen. Het zesde klachtonderdeel werd tevens gegrond verklaard. Hierover oordeelde het RTG dat niet was gebleken dat verweerster werkgever heeft geadviseerd over de te nemen procedurestappen. Daarnaast heeft verweerster er niet op aangedrongen om klaagster te zien. Deze opstelling komt niet overeen met de NVAB-richtlijn psychische problemen. Deze richtlijn gaat (onder meer) uit van vervolgsconsulten gemiddeld eens per drie weken, contact met de werkomgeving/leidinggevende gemiddeld eens per maand en contact met de behandelaar bij behoefte aan informatie, afstemming begeleiding en verwijzing. Ten aanzien van klachtonderdeel 8 heeft het RTG geoordeeld dat verweerster niet kan volhouden dat de STECR Werkwijzer Arbeidsconflicten toepassing miste, omdat klaagster bij haar niet heeft gesproken over een arbeidsconflict of STECR. Het RTG oordeelt dat verweerster een tweesporenbeleid, naast de multidisciplinaire behandeling van de burn-outklachten van klaagster, had behoren in te zetten.

mr. A. Rube

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle

Datum uitspraak: 15-08-2017

ECLI: ECLI:NL:TGZRZWO:2017:142

Zaaknummer: 095/2016

Advocaten: A.M. Takkenberg

Wetsartikelen: 47 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

Een zorgaanbieder heeft een nieuw klachtreglement opgesteld, waar de Centrale Cliëntenraad Verwanten (hierna: CCR-V) op grond van artikel 3 lid 1 sub k Wmcz en de tussen partijen geldende samenwerkingsovereenkomst een verzwaard adviesrecht over heeft. Over een aantal onderdelen uit de nieuwe klachtregeling zijn partijen het niet eens geworden, zodat de zorgaanbieder aan de LCvV heeft verzocht om te beoordelen of hij in redelijkheid kan besluiten de adviezen van de CCR-V niet over te nemen. De LCvV oordeelt dat de argumenten van de zorgaanbieder om het advies van de CCR-V niet op te volgen redelijk en billijk zijn.

Een zorgaanbieder heeft een nieuw klachtreglement opgesteld, waar de Centrale Cliëntenraad Verwanten op grond van artikel 3 lid 1 sub k Wmcz en de tussen partijen geldende samenwerkingsovereenkomst een verzwaard adviesrecht over heeft. Over een aantal onderdelen uit de nieuwe klachtenregeling zijn partijen het niet eens geworden, zodat de zorgaanbieder aan de LCvV heeft verzocht om te beoordelen of hij in redelijkheid kan besluiten de adviezen van de CCR-V niet over te nemen.

De onderdelen van de nieuwe klachtregeling, waar de CCR-V en de zorgaanbieder het niet eens over kunnen worden, richten zich op de vormgeving van de eerste fase van de afhandeling van de klachten.

De in het verzwaard advies door de CCR-V voorgestelde formulering duidt op een verplichting tot formele klachtdossiervorming. Dit heeft een voorzienbare verzwarende van de administratieve lasten tot gevolg, zo geeft de LCvV aan. De argumenten van de zorgaanbieder om dit advies niet op te volgen acht de LCvV dan ook redelijk en billijk.

Wel geeft de LCvV aan dat ter zitting is gebleken dat de standpunten van de zorgaanbieder en CCR-V niet ver uit elkaar lijken te liggen. De LCvV beveelt dan ook aan de formulering

opnieuw ter hand te nemen en aan te passen.

mr. X.R. Ras

Instantie: Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden

Datum uitspraak: 08-08-2017

Zaaknummer: 17-003

RECHTSPRAAK

X/Y

In deze zaak gaat het om een klacht tegen een HAP-arts. Klaagster is de echtgenote van een inmiddels overleden hoogbejaarde patiënt met Alzheimer. Klaagster verwijt de arts onder meer dat zij bij patiënt, die op zijn rug gevallen is, het lichamelijk onderzoek onvoldoende adequaat, onvoldoende zorgvuldig en ondeskundig heeft uitgevoerd. Het Regionaal Tuchtcollege acht de klacht op dit punt gegrond en legt de maatregel van berisping op. Het Centraal Tuchtcollege komt tot de conclusie dat het aannemelijk is dat het onderzoek van de arts te summier is geweest, doch volstaat met een waarschuwing.

Feiten

Klaagster is de echtgenote van een inmiddels overleden hoogbejaarde patiënt met Alzheimer. Verweerster is werkzaam op de afdeling Spoedeisende Hulp van een Ziekenhuis en doet op grond van een samenwerkingsovereenkomst tussen het ziekenhuis en een in het ziekenhuis gevestigde HAP tevens dienst bij laatstgenoemde. Vanwege een val op zijn rug bezocht patiënt samen met klaagster de HAP, waar verweerster toen dienst had. Verweerster heeft geconcludeerd dat er sprake was van een kneuzing van de rug en heeft pijnstilling gegeven. De volgende dag heeft de eigen huisarts van patiënt hem per ambulance naar het ziekenhuis laten vervoeren, waar verschillende fracturen in de wervelkolom zijn gediagnosticeerd, waaronder een instabiele halswervelfractuur. Patiënt is daar vervolgens een periode opgenomen geweest. Twaalf dagen later is patiënt thuis overleden.

Klaagster verwijt de HAP-arts dat zij het lichamelijk onderzoek onvoldoende adequaat, onvoldoende zorgvuldig en ondeskundig heeft uitgevoerd, dat zij niet bij de zitting van de klachtencommissie van het ziekenhuis aanwezig is geweest en dat zij niet bevoegd was om de dienst bij de huisartsenpost in de HAP uit te voeren, onder meer omdat zij niet was aangesloten bij de Stichting Klachtregeling Eerstelijnszorg (SKE).

De beoordeling in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag (RTG) heeft geoordeeld dat verweerster de anamnese onvoldoende heeft uitgevraagd bij patiënt, althans bij klaagster, om te kunnen beoordelen welk onderzoek nodig was, terwijl zij wist dat het ging om een hoogbejaarde patiënt met Alzheimer en met pijn na een val op zijn rug, die in een rolstoel binnenkwam en die zelf niet duidelijk kon vertellen wat er was gebeurd. Uit het waarneembericht blijkt niet dat, naar verweerster stelt, zij het ATLS-protocol heeft gevolgd en de NEXUS-criteria heeft toegepast, en wat haar bevindingen waren op basis waarvan zij heeft besloten geen beeldvormend onderzoek te laten doen. Evenmin blijkt dat verweerster de patiënt systematisch, of zelfs maar oriënterend neurologisch heeft onderzocht. Door dit alles heeft verweerster niet een adequate risico-inschatting gedaan en heeft zij patiënt en klaagster ten onrechte naar huis laten gaan. Dit zonder adequate nazorg te verlenen (door ervan uit te gaan dat klaagster patiënt zelf naar en in de auto kon begeleiden en door geen rekening te houden met een mogelijk kwetsbare thuissituatie). Dat verweerster niet bij de behandeling van de klacht door de klachtencommissie van het ziekenhuis aanwezig is geweest, is volgens het RTG niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Daarnaast is er onduidelijkheid geweest over de vraag bij welke klachtenopvang c.q. klachtencommissie klaagster haar klacht kon indienen. Dat staat echter los van de bevoegdheid van verweerster om als arts, in dienst van het ziekenhuis, bij de HAP dienst te doen krachtens het samenwerkingsverband tussen de HAP en het ziekenhuis. Het RTG verklaart ook het derde klachtonderdeel ongegrond. Het RTG acht de nalatigheid van verweerster zo ernstig, dat haar een berisping wordt opgelegd. Tegen deze beslissing is de arts in beroep gegaan.

Beoordeling van het beroep

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) acht kenmerkend aan deze zaak dat de lezingen van partijen over het verloop van het consult en de omstandigheden waaronder dit consult plaatsvond op een aantal onderdelen sterk uiteenlopen. Het CTG overweegt dat in dat geval in beginsel niet wordt uitgegaan van de door de klaagster gegeven versie van de gebeurtenissen. Dit berust niet hierop dat het woord van klaagster minder geloof verdient dan het woord van de arts, maar op de omstandigheid dat voor het oordeel dat bepaalde gedragingen van een arts haar tuchtrechtelijk kunnen worden verweten, eerst moet worden vastgesteld dat de feitelijke grondslag voor dat oordeel aanwezig is, dat wil zeggen dat aannemelijk is geworden dat feitelijk sprake is van zodanige gedragingen. Het CTG gaat bij de verdere beoordeling uit van de door het RTG vastgestelde feiten en, in aanvulling daarop, van de beschrijving van de gebeurtenissen door de arts op hoofdlijnen.

Vervolgens komt ook het CTG tot de conclusie dat aannemelijk is dat het onderzoek van de arts te summier is geweest, in het bijzonder waar het gaat om de aantasting van het loopvermogen van patiënt. Het afnemen van een anamnese was volgens het CTG feitelijk niet

mogelijk, omdat de patiënt leed aan Alzheimer. De arts was daarom tijdens het consult aangewezen op de heteroanamnese en lichamelijk onderzoek. Het had volgens het CTG op de weg van de arts gelegen om over de aantasting van het loopvermogen van patiënt nadere vragen aan klaagster te stellen. Indien dan zou zijn gebleken dat patiënt na de val slechter was gaan lopen, dan had meer lichamelijk onderzoek voor de hand gelegen, aldus het CTG. Volgens het CTG betekent het feit dat de volgende dag is gebleken dat sprake was van multipale wervelfracturen en van een dwangstand van de nek niet dat de arts ondeugdelijk onderzoek heeft verricht. Het CTG meent dat zulks slechts bevestigt dat de kans op vals-negatieve bevindingen bij de palpatie van rug- en nekwerfels groot is. Een dwangstand van de nek kan zich volgens het CTG bovendien met enige vertraging voordoen. Het CTG deelt niet het oordeel van het RTG dat de arts onvoldoende nazorg heeft verleend, nu patiënt en zijn echtgenote op eigen gelegenheid en op eigen kracht naar het ziekenhuis waren gekomen en de arts omtrent mogelijke problemen bij het vervoer en de terugkeer naar de thuissituatie geen mededelingen zijn gedaan. Het CTG volstaat met een waarschuwing.

mr. M.F. Mooibroek

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 15-08-2017

ECLI: ECLI:NL:TGZCTG:2017:239

Zaaknummer: C2016.464

Advocaten: mr. A.F.H. ten Brummelhuis

Wetsartikelen: 47 Wet BIG

RECHTSPRAAK

In deze zaak wordt een huisarts het voeren van onvoldoende regie bij (acute) buikpijnklachten verweten. In eerste aanleg worden de klachten door het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam ongegrond verklaard. Het Centraal Tuchtcollege verklaart de klachten wel gegrond en waarschuwt de huisarts.

Feiten

In de zaak wordt geklaagd over het handelen van een huisarts. De klacht is in eerste aanleg door het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam (RTG) behandeld en afgewezen. Klagster is van die beslissing in hoger beroep gekomen.

Het RTG heeft in eerste aanleg het volgende overwogen en beslist.

Verweerster is sinds 2006 werkzaam als huisarts. Zij heeft per 1 april 2016 de praktijk, waar klagster is ingeschreven als patiënt, overgenomen.

Klagster heeft in de nacht van 20 mei 2016 contact opgenomen met de Huisartsenpost ('HAP'). Ze had last van buikkoliek, misselijkheid en braken. Klagster is die ochtend om 6.00 uur gezien door de dienstdoende huisarts van de HAP. Deze heeft een waarneembericht opgesteld, waarin de klachten van klagster alsook de door haar gebruikte medicatie worden genoemd.

Om 8.15 uur heeft klagster contact opgenomen met de praktijk van verweerster en is door de assistente voor na het ochtendspreekuur een afspraak voor een visite ingepland. Nadat klagster die ochtend nog twee keer telefonisch contact had gezocht met de praktijk, heeft verweerster omstreeks 10.30 uur kennis genomen van het waarneembericht van de HAP. Verweerster heeft vervolgens telefonisch contact gehad met patiënte. In het dossier noteerde verweerster de klachten van klagster opnieuw. Een visite stond om 12.30 uur gepland.

Tijdens de visite gaf klagster aan dat zij veel kramp had en erg misselijk was. Na het bezoek van de dienstdoende huisarts van de HAP had klagster wat harde brokken ontlasting gehad

en verweerster noteerde in het dossier dat de misselijkheid op de voorgrond stond. Bij lichamelijk onderzoek constateerde verweerster een soepele buik, levendige normale peristaltiek, geen gootsteengeruis, drukpijn onder in de buik en geen loslaatpijn. Verder viel verweerster op dat klaagster veel bewegingsdrang had. Op basis hiervan was er blijkens het medisch dossier volgens verweerster mogelijk sprake van darmkrampen en braken op basis van obstipatie of een beginnende gastro-enteritis. Verweerster heeft klaagster een injectie met een anti-misselijkheidsmiddel gegeven en aanvullende medicatie tegen de misselijkheid en paracetamolzetpillen voorgeschreven.

Klaagster belde dezelfde dag nog twee keer naar de praktijk. Verweerster heeft klaagster hierop nogmaals telefonisch gesproken. Toen heeft klaagster aangegeven naar het ziekenhuis te willen. Hierop heeft verweerster met de arts-assistent van het ziekenhuis overlegd en een ambulance ingeschakeld om klaagster naar het ziekenhuis te vervoeren. In het ziekenhuis werd een darmischemie geconstateerd. Klaagster is dezelfde avond nog geopereerd, waarbij een deel van de dunne darm verwijderd.

In deze procedure verwijt klaagster verweerster dat zij de situatie ernstig heeft onderschat als gevolg waarvan klaagster onnodig en ondraaglijk heeft geleden en onherstelbare gezondheidsschade heeft opgelopen. Het klachtenpatroon duidde op een ernstige darmaandoening. Dat heeft verweerster volgens klaagster niet (tijdig) onderkend. Ook heeft verweerster bij de bepaling van haar beleid verzuimd rekening te houden met de medische voorgeschiedenis van klaagster.

Beoordeling in eerste aanleg

Het RTG is van oordeel dat – hoewel het handelen van verweerster op een aantal punten beter had gekund – verweerster zowel in de aanloop naar de visite om 12.30 uur bij klaagster thuis, als tijdens de visite en later in de middag, als redelijk bekwaam huisarts heeft gehandeld.

In de ochtend van 20 mei 2016 heeft verweerster met klaagster gebeld. Kort daarvoor heeft zij kennis genomen van de verslaglegging van de HAP. Daarin wordt een matig zieke vrouw beschreven en wordt als werkdiagnose een beginnende ileus gesteld.

Verweerster heeft op basis van de toen door klaagster beschreven klachten ingeschat dat er geen sprake was van een acuut ileus beeld. In combinatie met het feit dat door de HAP eerder die ochtend een matig zieke vrouw was gezien die toen geen reden zag om klaagster in te sturen, zijn de overwegingen van verweerster om patiënte op dat moment niet meteen te bezoeken, maar eerst haar ochtendspreekuur af te maken en klaagster aansluitend direct te bezoeken, volgens het RTG begrijpelijk en verdedigbaar.

Voor aanvang van haar ochtendspreekuur heeft verweerster niet kennisgenomen van de verslaglegging van de HAP, dat deed ze over het algemeen wel nog dezelfde dag. Dat was destijds nog geen gebruikelijke werkwijze. Het RTG merkt hierover op dat wanneer patiënten buiten praktijkuren door een dienstdoende huisarts van de HAP zijn gezien, het in sommige gevallen wenselijk kan zijn dat de eigen huisarts 's ochtends zelf contact opneemt met de patiënt om te informeren naar zijn of haar gezondheidstoestand en eventueel een afspraak in te plannen. Ook in het geval van klaagster had dit wellicht voor de hand gelegen. Daarvoor is echter noodzakelijk dat een huisarts 's ochtends voorafgaand aan het ochtendspreekuur kennis neemt van eventueel binnengekomen verslaglegging van de HAP, zodat daar eventueel actie op ondernomen kan worden. Verweerster heeft verklaard dat haar praktijkvoering nu dienovereenkomstig is ingericht.

Op basis van het lichamelijk onderzoek dat verweerster tijdens de visite bij klaagster heeft verricht, heeft zij de werkdiagnose van de HAP (een beginnende ileus) verworpen. Verweerster constateerde een soepele slanke buik en levendige normale peristaltiek. Wel was er sprake van drukpijn onder in de buik. Nu later is gebleken dat er bij klaagster inderdaad geen sprake was van een ileus (maar van een darmischemie), stelt het RTG vast dat de verwerping door verweerster van de diagnose ileus medisch-inhoudelijk juist was.

Verweerster wist echter niet precies wat er dan wél met klaagster aan de hand was, maar had op basis van het door haar verrichte lichamelijke onderzoek geen aanwijzingen voor spoedeisende problematiek. Daarom acht het RTG deze afwachtende handelwijze op zichzelf verdedigbaar. Omdat verweerster niet zeker was van de diagnose en ook zag dat de klachten van klaagster ernstig waren, zou het in de ogen van het RTG in deze situatie beter zijn geweest als verweerster actiever een vinger aan de pols zou hebben gehouden. Dit had zij bijvoorbeeld kunnen doen door zelf na enige tijd bij klaagster te verifiëren of de toegediende medicatie was aangeslagen.

Verweerster constateerde op een zeker moment dat de medicatie niet was aangeslagen en dat de situatie was veranderd. In plaats van de misselijkheid stond nu de pijn op de voorgrond. Nu verweerster deze (pijn)klachten niet kon verklaren vanuit het eerdere lichamelijk onderzoek dat zij verricht had, zij anamnestic een patiënt zag met ernstige klachten en zij nog steeds niet wist wat er precies aan de hand was, heeft verweerster er goed aan gedaan klaagster op dat moment voor nader onderzoek in te sturen. Nu er echter geen, althans (te) weinig objectieve alarmsymptomen waren, was er geen reden voor een A1 melding (hoogste prioriteit voor een ambulance). In dit kader is ook van belang dat het ambulancepersoneel na lichamelijk onderzoek van klaagster de urgentie van de ambulancerit niet heeft verhoogd en ook op de SEH werd klaagster na lichamelijk onderzoek niet direct gezien als een spoedgeval. Pas nadat er een CT-scan van de buik was gemaakt, werd duidelijk dat er sprake was van een

darmischemie en is klaagster met spoed geopereerd.

Het RTG concludeert dat verweerster medisch-inhoudelijk op geen enkel moment verwijtbaar onjuist heeft gehandeld. Een darmischemie op basis van een mesenteriaal trombose is (in de huisartsgeneeskunde) heel zeldzaam en het is bovendien een moeilijk te stellen diagnose. Dat verweerster deze diagnose heeft gemist, kan haar tuchtrechtelijk niet worden aangerekend. In de aanloop naar de visite om 12.30 uur en na afloop daarvan, heeft verweerster zich weliswaar onvoldoende proactief opgesteld door zelf geen initiatief te nemen, maar dat handelen/nalaten is niet zodanig verwijtbaar dat zij daarmee in strijd de tuchtnormen van artikel 47 Wet BIG heeft gehandeld.

Beoordeling in beroep

Klaagster heeft met haar beroep de zaak in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege (CTG) voorgelegd. Het CTG overweegt en oordeelt als volgt. Op 20 mei 2016 is klaagster om 6.00 uur gezien door de dienstdoende huisarts van de HAP. In het waarneembericht noteert deze arts onder Evaluatie “beginnende ileus”. Omstreeks 10.30 uur, 4½ uur later, neemt verweerster kennis van deze informatie en heeft zij telefonisch contact met klaagster, op initiatief van klaagster.

Met het RTG is het CTG van oordeel dat het wenselijk en soms aangewezen kan zijn dat de eigen huisarts 's ochtends voorafgaand aan het spreekuur zelf contact opneemt met een patiënt die buiten praktijkuren door een dienstdoende huisarts van de HAP is gezien. Naar het oordeel van het CTG was hier van een dergelijk geval sprake. Volgens het CTG had op zijn minst de urgentie van de situatie van klaagster voor aanvang van het ochtendspreekuur moeten worden bepaald door een triage uit te voeren. Niet is gebleken dat een dergelijke triage (op een adequate manier) is uitgevoerd. Verweerster kwam pas om 10.30 uur op de hoogte van de situatie van klaagster. Dat de praktijkvoering nu anders is ingericht – verweerster neemt nu wel kennis van de informatie van de HAP voorafgaand aan het ochtendspreekuur – doet niet af aan het feit dat de praktijkvoering op 20 mei 2016 anders was en te wensen overliet. Volgens het CTG had de organisatie toen ook al op zodanige manier moeten zijn ingericht. Verweerster had dan hetzij contact met klaagster kunnen opnemen, hetzij kunnen bewerkstelligen dat de urgentie van de situatie door middel van een deugdelijke triage werd bepaald, om de urgentie van de situatie te bepalen. Dat dit niet is gebeurd, is volgens het CTG onzorgvuldig te noemen.

Om 15.45 uur heeft verweerster voor de tweede maal die dag telefonisch contact met klaagster. In dit gesprek heeft klaagster aangegeven dat haar situatie sinds de visite van 12.30 uur was verslechterd; ze had veel buikkrampen en wilde naar het ziekenhuis. Na overleg van

verweerster met de afdelingen interne geneeskunde en chirurgie in het ziekenhuis belt verweerster naar klaagster met de mededeling dat zij zal worden opgehaald door een ambulance. In de status wordt 'mogelijk dreigend ileus beeld' vermeld.

Volgens het CTG is in dit handelen – ook – onvoldoende regie van verweerster gelegen. De gegeven omstandigheden hadden voor verweerster aanleiding moeten vormen om klaagster nogmaals, met spoed, thuis te bezoeken teneinde de urgentie waarmee klaagster naar het ziekenhuis vervoerd diende te worden, te bepalen. Verweerster heeft omwille van de snelheid gekozen te handelen zoals zij heeft gedaan en niet een visite af te leggen. Gelet op de diagnose van een potentieel levensbedreigende situatie was een visite, en daarmee de mogelijkheid om bij bevestiging van die diagnose een hoge urgentie aan de opname van klaagster toe te kennen, volgens het CTG in dit geval aangewezen.

Het CTG komt tot de conclusie dat verweerster in het onderhavige geval op twee momenten onvoldoende regie heeft genomen. Het beroep van klaagster slaagt en de klacht is alsnog gegrond. Een waarschuwing wordt passend geacht; verweerster heeft zich toetsbaar opgesteld en naar aanleiding van deze casus de praktijkvoering inmiddels aangepast.

mr. J. de Vries

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 25-07-2017

ECLI: ECLI:NL:TGZCTG:2017:222

Zaaknummer: C.2016.506

Advocaten: E.E. Rippen en A.M. Wolf

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG